

# Trabajo Fin de Grado

Suplementación de fórmula en el hospital en recién nacidos sanos. Factores de influencia y efectos sobre la duración de la lactancia materna exclusiva.

Autor/es

**Lorena Relancio Crespo**

Director/es

**Miguel Víctor Labay Matías**

## Resumen

**Introducción:** La lactancia materna (LM) tiene indudables beneficios para el recién nacido (RN). Diferentes proyectos han demostrado la asociación entre la toma de suplementos de fórmula sin indicación médica y el abandono precoz de ésta. Los objetivos de este estudio son conocer los factores que influyen en la toma de estos suplementos en el hospital y su relación con la duración de LM exclusiva.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo. La muestra fue de 85 pares (madre-hijo) pertenecientes al Centro de Salud Ensanche en Teruel. Se recogieron variables sobre la gestación y el parto, la lactancia y factores socio-demográficos de las madres. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas y mediante encuestas telefónicas. El análisis estadístico se realizó mediante los test de Chi-cuadrado-Regresión lineal y ANOVA.

**Resultados:** La experiencia previa de lactancia materna se asoció con una menor probabilidad de suplementación ( $p < 0,05$ , [OR = 0,354 , IC 95 % 0,140 , 0,895]). La nacionalidad materna, fecha de nacimiento de la madre, tipo de parto, hora de nacimiento o el peso de los bebés no mostraron diferencias significativas. El 69,5% de los niños tomó suplementos de fórmula en el hospital. El haberlos tomado antes de las primeras 24 horas de vida se asoció con una disminución en la duración de LM exclusiva. Del 96,5% de las madres que dieron pecho, el 14,1% continuaron la LM exclusiva hasta los 6 meses de vida. La media de la duración total de LM fue de 11,01 meses.

**Conclusiones:** La duración de la LM exclusiva está por debajo de las recomendaciones internacionales fijadas. La toma de suplementos en el hospital el primer día de vida se asocia con un abandono precoz de ésta. Se recomiendan estrategias de intervención encaminadas a prolongar la LM exclusiva y a disminuir la toma de suplementos sin indicación médica.

**Palabras clave:** Lactancia materna, suplementos de fórmula, duración de la lactancia materna, Teruel.

**Lactancia materna exclusiva (LME):** Alimentación del lactante con leche materna de la madre o de otra mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido, lo que incluye el agua. (OMS).

## Abstract

**Introduction:** Breastfeeding has undoubted benefits for the newborn. Different projects have demonstrated the association between the intake of formula supplements without medical indication and an early drop of it. The objectives of this study are to determine the factors that influence the decision of these supplements in the hospital and their relationship to the duration of exclusive breastfeeding.

**Material and Methods:** A retrospective study . The sample consisted of 85 pairs ( mother-child ) from the Center for Health Widening Teruel. Variables on pregnancy and childbirth , breastfeeding and socio- demographic factors of mothers were collected. The data were obtained from medical records and through telephone surveys. Statistical analysis was performed using the Chi-square test , linear regression and ANOVA.

**Results:** Previous experience of breastfeeding was associated with a lower likelihood of supplementation (  $p < 0.05$ , [ OR = 0.354 , 95% CI 0.140 , 0.895 ] ) . Maternal nationality, date of birth of mother , type of birth, time of birth or weight infants showed no significant differences. 69.5% of children formula supplements taken to hospital. Taking supplements before the first 24 hours of life was associated with a decrease in the duration of exclusive breastfeeding . (veo muy raro el principio de esta frase pero he investigado y sigo sin saber cómo se dice) 96.5% of mothers who breast-fed, 14.1% continued to use exclusive breastfeeding until 6 months of life. The mean total duration of LM was 11.01 months.

**Conclusions:** The duration of exclusive breastfeeding is below the established international recommendations. Taking supplements in the hospital the first day of life is associated with its early abandonment of this . Intervention strategies aimed at prolonging exclusive breastfeeding and at decreasing the dose of supplements without medical indication are recommended.

**Keywords:** Breastfeeding, formula supplementation , duration of breastfeeding , Teruel .

## **Introducción.**

La lactancia materna exclusiva hasta los 4-6 primeros meses de vida junto con la combinación de pecho y alimentación complementaria adecuada hasta los 2 años de edad es considerada como el ideal de alimentación infantil<sup>1,2</sup>.

Son por todos conocidos los numerosos beneficios inmunológicos que proporciona la lactancia materna, como pueden ser: la reducción de las enfermedades gastrointestinales, enfermedades respiratorias y otitis, alergias o incluso un menor riesgo de obesidad y de diabetes. De la misma forma, está demostrado que las madres que dan de mamar a sus hijos tienen una mejor involución uterina posparto y el sangrado postparto o el riesgo de cáncer de ovario y mama también se ven disminuidos. Además, no podemos olvidarnos de los beneficios tanto psicológicos como económicos que proporciona<sup>3,4</sup>.

La Lactancia materna ha ido aumentando en la última década pero aún así nos encontramos con que la duración media está por debajo de lo deseable<sup>5</sup>. Los problemas suelen venir por el destete precoz debido a factores como el caso de que el parto haya sido mediante cesárea, un nivel de estudios bajo de la madre, la edad materna inferior a 25 años o el uso de pezoneras<sup>6,7</sup>.

En España, la lactancia materna está contraindicada en casos de enfermedad por VIH activa y por virus de la leucemia humana tipos I y II. En el caso de déficit de galactosa-1-uridil transferasa (galactosemia clásica del lactante). En madres consumidoras de drogas de abuso tales como, anfetaminas, cocaína, heroína y marihuana, en tratamiento con componentes radiactivos o el uso de determinados fármacos también contraindica el dar el pecho hasta que ya no exista uso de la sustancia o hasta que ésta se elimine de la leche por completo<sup>8,9</sup>.

Existen falsas contraindicaciones en las cuales las madres suspenden la lactancia por miedo o falta de conocimientos, es importante conocerlas para evitarlo. Estas son: infección materna por VHB, VHC o citomegalovirus, tuberculosis activa en la madre, la fenilketonuria (junto con un complemento alimenticio), la fiebre materna (siempre que no sea causada por una de las contraindicaciones anteriores) , la ictericia neonatal o la mastitis. La toma ocasional de alcohol está permitida siempre que luego espere 2 horas para dar el pecho, el consumo de tabaco o los implantes mamarios de silicona<sup>8,9</sup>.

La OMS y UNICEF elaboraron los diez pasos para una lactancia materna satisfactoria (Anexo I). De los cuales, el sexto nos dice que no hay que suministrar a los recién nacidos alimentos o bebidas diferentes a la leche materna, a menos que estén indicados médicamente. Por lo que será importante conocer si los suplementos que se proporcionan en el hospital están indicados realmente por necesidad<sup>3</sup>.

Se ha demostrado que el inicio temprano de suplementos influye en la lactancia materna pero hay pocos estudios que definan los factores que nos indiquen cuales son los motivos para darlos<sup>6,10</sup>.

En un estudio reciente realizado por Biro et al concluyeron que en que los casos en que las madres eran primíparas, el hecho de haber tenido que realizar una cesárea de emergencia, que el bebé fuera ingresado en un sala de cuidados especiales o un peso al nacer inferior a 2500 g influían positivamente en la toma de más suplementos de leche<sup>11</sup>.

La importancia de mejorar los resultados de lactancia materna hace interesante el estudiar los factores relacionados en la prescripción de suplementos en los recién nacidos.

### **Los objetivos de este estudio son:**

- Identificar los factores que influyen en la toma de suplementos de fórmula en el hospital.
- Evaluar si existe una relación entre la toma de suplementos en el hospital y la duración de la lactancia materna exclusiva.

### **Material y métodos.**

Se recogieron los datos como parte de un estudio observacional analítico de cohorte histórica, el cual fue realizado en los nacidos durante todo el año 2012 y sus madres, el estudio se volcó en el Centro de salud de Teruel Ensanche.

### **Población diana.**

De los 561 nacimientos que hubo en el Hospital Obispo Polanco de Teruel durante el año 2012, se recogieron datos de la muestra pertinente a los niños que correspondían al Centro de salud Teruel Ensanche (102 niños).

Para poder cumplir los criterios de inclusión, la gestación debía de ser como mínimo de 37 semanas, el peso de los bebés superior o igual a 2500 gramos y el hecho de que no presentaran ninguna patología severa o alteraciones congénitas.

De los 102 pares, se excluyeron 12 por presentar criterios de exclusión y 5 por cambio de domicilio y por lo tanto por falta de datos que eran necesarios para el análisis. La muestra final del estudio fue de 85 parejas de madre-lactante.

### **Recogida de datos**

Los datos fueron recogidos de las historias clínicas de las madres y de los Recién Nacidos, de donde se obtuvieron con detalle datos pertenecientes al parto, información sobre la madre y la suplementación con lactancia artificial en la Planta de Maternidad. Además, para completar el estudio, se realizó una encuesta telefónica a las 85 madres.

Se les comentó en que consistía el estudio y si querían colaborar se preguntó la duración total de la lactancia materna, la causa del abandono de ésta, si había tenido experiencia previa y el mes de inicio de la toma de leche de fórmula (Anexo II).

### **Variables de estudio**

Se recogieron variables en torno a la gestación y al parto (tipo de parto, semanas de gestación al nacimiento, peso al nacimiento, test de APGAR, hora de nacimiento), lactancia (lactancia materna o lactancia artificial, duración y motivo de abandono de la lactancia materna y si había tenido experiencia anterior de lactancia materna), y factores socio-demográficos de la madre (fecha de nacimiento y nacionalidad).

### **Estadística**

El análisis estadístico se realizó mediante el programa informático SPSS statistics 20 para windows. Se resumieron las variables categóricas mediante tablas de frecuencias y las numéricas mediante medias o medianas. Para establecer la asociación de cada una de las variables con la toma o no de suplemento se utilizó el test de la Chi cuadrado-Asociación lineal.

Éstas se resumieron en presencia o ausencia del factor en relación con la lactancia materna. La asociación entre la variable seleccionada con la duración de la lactancia materna exclusiva se realizó mediante el test de Anova. Los test se consideraron estadísticamente significativos cuando el correspondiente valor p fue inferior a 0,05.

### **Resultados**

El 57,6 % de la muestra eran niñas. La media del peso en gramos al nacimiento fue de 3287,29 ( $\sigma$  413,21 g), la mediana de las semanas de gestación fue de 39. El test de Apgar obtuvo una mediana de 9 en el primer minuto y de 10 a los 5 minutos.

Más de la mitad de los nacimientos se produjeron entre las 08:00-15:59 horas (50,6%), el resto se produjo en el intervalo horario desde las 16:00 a las 07:59 horas dividido en dos grupos iguales de 8 horas, con un 24,7% de nacimientos en cada uno. Se presentó un parto eutócico en el 69,4 % de los casos, en un 15,3 % hubo que realizar cesárea y el 15,3% restante fue un parto instrumental con fórceps o ventosa. La edad materna comprendía un intervalo de 16 a 45 años con una media de 34,07 años ( $\sigma$  5,433). El 78,8% de las madres eran de nacionalidad española y el 21,2% era hijo de madre inmigrante (9,4% país de Europa del este, 2,4% musulmana y 9,4% sudamericana). Fueron primíparas un 61,2% de las madres.

La experiencia previa de lactancia materna se asoció con una menor probabilidad de suplementación. Las demás variables no mostraron diferencias significativas con la suplementación de fórmula (TABLA I).

El 65,9% de los bebés tomó suplementos de fórmula durante su estancia. Respecto a la asociación entre la toma o no de suplementos de fórmula (antes de las 24 horas de vida, entre las 24-48 horas, entre las 48-72 horas) y la duración en meses de la lactancia materna exclusiva, se aceptó la hipótesis alternativa ( $p < 0,05$ ), se realizaron las pruebas a posteriori en las cuales se observaron diferencias significativas entre la toma de suplemento antes de las 24 horas de vida y el no haber tomado ningún suplemento durante la estancia en la planta de Maternidad (Figura 1).

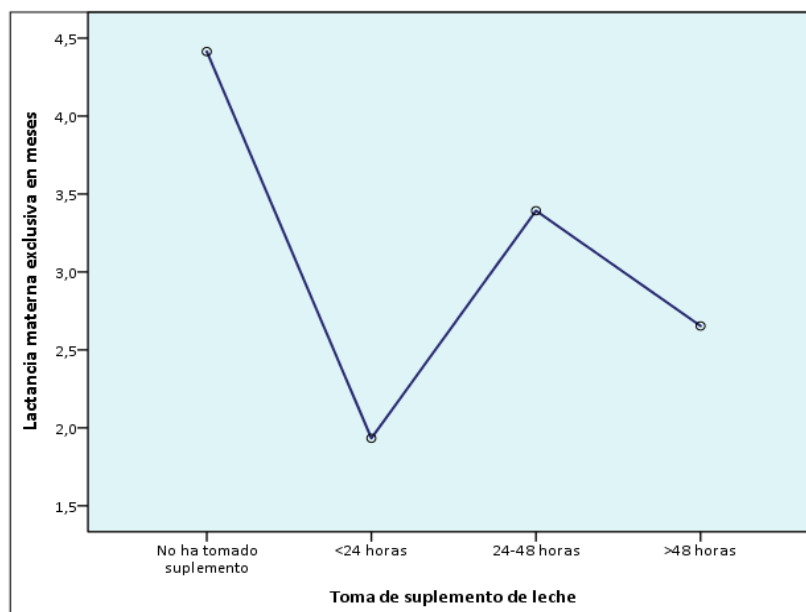
Un 96,5% de las madres comenzó la lactancia materna, un 14,1% de ellas ofrecieron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida a sus hijos. La media de la duración total de lactancia materna fue de 11,01 meses ( $\sigma$  de 8,82). El 63,5% de las madres abandonó la lactancia materna antes de los 12 meses de vida del niño y en el momento de realización del estudio un 21,2% de las madres continuaba dando mínimo una toma de pecho al día.



**TABLA I. Asociación entre variables socio-demográficas, lactancia y perinatales con la suplementación de fórmula.**

Variable	n	p	OR	IC 95%
<b>Experiencia anterior de LM</b>		0,027	0,354	0,140 – 0,895
<i>Si</i>	33			
<i>No</i>	52			
<b>Nacionalidad materna</b>		0,361	—	—
<i>Española</i>	67			
<i>País del este</i>	8			
<i>Musulmana</i>	2			
<i>Sudamericana</i>	8			
<b>Grupos de edad materna</b>		0,965	—	—
<i>&lt; 18</i>	1			
<i>18-24</i>	5			
<i>25-29</i>	12			
<i>30-34</i>	23			
<i>≥ 35</i>	44			
<b>Tipo de parto</b>		0,154	—	—
<i>Eutócico</i>	59			
<i>Instrumental</i>	13			
<i>Cesárea</i>	13			
<b>Hora de nacimiento</b>		0,746	—	—
<i>00:00 - 07:59</i>	21			
<i>08:00 - 15:59</i>	43			
<i>16:00 - 23:59</i>	21			
<b>Grupos de peso RN</b>		0,797	—	—
<i>2600 - 2749</i>	4			
<i>2750 - 3249</i>	38			
<i>3250 - 3749</i>	29			
<i>≥ 3750</i>	14			

**Figura 1. Asociación entre toma de lactancia artificial y duración de lactancia materna exclusiva.**



Las causas más frecuentes de abandono de la lactancia materna fueron por decisión del niño (28,2%), entendiéndose por ésta que no aceptaba ya el pecho, seguida por decisión materna (22,4%), hipogalactia (18,8%), enfermedad materna (3,5%) y enfermedad del niño (2,4%).

### **Discusión**

Varios estudios han determinado que la toma de suplementos en el recién nacido influye posteriormente en la duración de la lactancia materna<sup>6,11</sup>, pero todavía no se ha llevado a cabo ninguno en España en el cual se identifiquen las causas que llevan a dar esos suplementos en los hospitales. Se ha realizado recientemente uno en Japón<sup>12</sup>, en el que concluyeron que había varios factores que se asociaban a la toma de suplementos como podía ser un parto instrumental o por cesárea o un peso de los bebés superior o igual a 3250 gramos.

En cambio, una experiencia previa de LM o un nivel superior de estudios disminuían la toma de suplementos. Es difícil comparar la ciudad de Teruel con una como Hong-Kong debido a las diferencias de población, (características socio-demográficas, número de habitantes , etc.) y las propias de la sanidad, los factores que allí pueden suponer un aumento en la toma de suplementos de fórmula aquí no muestran ninguna asociación. En el Hospital Obispo Polanco de Teruel, la única asociación encontrada respecto a la toma de leche de fórmula es que el haber tenido una experiencia de lactancia materna previa disminuía la toma de ésta. El hecho de que el haber dado de amamantar con LM anteriormente disminuya la toma de suplementos en el hospital en los RN nos hace pensar que una educación sanitaria prenatal y en el período post-parto adecuada sobre la técnica de dar el pecho y sobre los beneficios y características de la lactancia materna por parte de los profesionales hacia los padres también lo disminuiría.

Pese a los numerosos beneficios que la LM aporta seguimos observando que las tasas de duración están por debajo de lo recomendado por la OMS y otros organismos<sup>1,2</sup>. Esto puede ser debido a que el momento de inicio de la alimentación complementaria coincide por parte de la mayoría de las madres con el inicio de la lactancia artificial, dejando la LM a un lado.

Sería importante que los profesionales de atención primaria, al recomendar el inicio de purés, zumos o cereales recordaran a los padres que lo ideal sería realizar las papillas con leche materna o con los caldos de las propias verduras<sup>13,14</sup>.

Hemos observado que la toma de suplemento de leche materna antes de las 24 horas de vida influye negativamente en la posterior duración de la LM en comparación con los niños que no tomaron ningún suplemento.

El no tener un efecto dosis-respuesta entre la cantidad de fórmula infantil recibida en los primeros días de vida y la duración de la lactancia materna nos lleva a que no existe un umbral debajo de por el cual pueda considerarse segura la toma de éstos, por lo que un buen control de las tomas de leche de fórmula en el hospital podría mejorar las tasas de duración de la lactancia materna evitando el destete precoz.

En este estudio el porcentaje de niños que han recibido algún suplemento es muy alto por lo que seguramente la mayoría de ellos no estarían indicados médicamente si no que serían por petición de los padres. No lo sabemos con certeza puesto que no se conocen los datos de la causa de dar esas tomas, pero asumiendo que estamos ante una cohorte de niños sanos nacidos a término y viendo el tiempo de introducción de éstas probablemente no habría indicación médica en la mayoría de ellas. El hecho de que el porcentaje más alto respecto a la causa de abandono de la lactancia materna sea por decisión del niño puede decir que el lactante encuentra más fácil el alimentarse de un biberón y rechaza el pecho de su madre<sup>15</sup>, de aquí la importancia de retrasar la toma de biberón el mayor tiempo posible.

Un alto porcentaje de los padres se angustian los primeros días debido a que observan que el bebé está intranquilo o somnoliento, le cuesta succionar o parece hambriento después de mamar, a las que se suman los factores de madre primípara o haber tenido una mala experiencia previa de LM, y se ven necesitadas de pedir suplementos de fórmula. Si por la situación el suplemento no está indicado será el profesional el que trate de hablar con los padres, calmarles y explicarles porque no es conveniente y aspectos como que si la ingesta de LM los primeros días de vida se realiza correctamente los bebés reciben la cantidad de calostro y leche necesaria para cubrir sus necesidades<sup>15</sup>.

Si aún así los padres persisten, nunca se debe ser autoritario y se debe de respetar su decisión e intentar hacerles comprender que el suplemento no lo deberían de dar de forma sistemática después de cada toma y que deben de vigilar los signos de subida de leche para suprimirlo (aumento de tamaño de las mamas o sensación de inflamación con signos como pueden ser dolor variable, tensión o calor)<sup>15</sup>.

Como podemos observar, el papel de los profesionales es muy importante en la posterior duración de la LM, en diversos estudios se ha comprobado que en las madres que habían recibido información profesional en el hospital la LM había sido más larga que en los que no habían recibido<sup>18,19</sup>. Si los padres han recibido una educación prenatal adecuada, tendrán menos dificultades durante la lactancia y en el caso de que se presente alguna sabrán a quien pedir ayuda. La necesidad de pedir suplementos o esa angustia antes nombrada también se verán disminuidas.

Para esto es necesario que los profesionales resalten los beneficios de la LM y los problemas que puede acarrear el introducir suplementos en la alimentación del RN (disminuye la succión y por lo tanto retrasa la lactogénesis, disminuye el vínculo madre-hijo, puede favorecer la ingurgitación mamaria etc.) y que expliquen la técnica de amamantamiento tantas veces como sea necesario<sup>15,16,20</sup> (Anexo III).

El contacto piel con piel, la evaluación de las primeras tomas por parte de los profesionales, una buena técnica de lactancia y la seguridad de una postura correcta al pecho encaminan el amamantamiento hacia una menor aparición de problemas y por lo tanto hacia un menor uso inadecuado de suplementos<sup>15,17,21</sup>. No se debe dar ningún suplemento sin antes haber revisado si la lactancia está siendo realizada de una manera correcta (posición, agarre y transferencia de leche) y una vez observada se corregirán los aspectos que sean necesarios. También se deben observar el número de micciones, de deposiciones y de tomas<sup>15,16</sup>.

Es importante que los profesionales conozcan los casos en los que está indicado el apoyo a los padres pero no los suplementos de leche artificial ya que con esto se disminuirían tomas innecesarias de éstos<sup>17</sup>.

Este estudio tiene algunas limitaciones como puede ser el número de la muestra, que no recoge a todos los RN del año y por lo tanto los resultados se han podido ver modificados. Sería interesante que se hiciese un estudio con el total de lactantes para observar si existe algún otro factor que predisponga a la toma de suplementos. También sería interesante estudiar la dosis mínima de suplementos a partir de los cuales se ve más afectada la lactancia. El haber recogido los datos directamente de las historias clínicas de las madres y de los lactantes reduce los sesgos de información, no obstante, el haber realizado el estudio de forma retrospectiva y la necesidad de obtener algunos de los datos mediante encuestas telefónicas nos lleva a que es posible que exista algún sesgo de este tipo. Está demostrado que el recuerdo de las madres de las fechas de inicio y duración de lactancia materna exclusiva hasta 3 años después son datos válidos y fiables, en cambio en las fechas de inicio de la introducción de alimentación/lactancia complementaria puede existir algún error<sup>22</sup>.

### **Conclusiones.**

Se ha observado que el tiempo de duración de LM exclusiva está por debajo de los 6 meses deseables, siendo una de las causas que influyen en el abandono precoz de ésta la toma de suplementos de fórmula en el hospital antes de las primeras 24 horas de vida.

Deberían diseñarse estrategias de actuación basadas en las últimas recomendaciones y estándares internacionales con motivo de promover y proteger la lactancia materna exclusiva y de reducir las tomas de suplementos en los hospitales, con el objetivo de conseguir lactancias maternas más prolongadas y con mayor éxito.

## **Agradecimientos**

Al Dr. Jesús Martín-Calama y el personal de la planta de Pediatría y Maternidad del Hospital Obispo Polanco y del Centro de Salud Teruel Ensanche por la ayuda recibida. A mi tutor el Dr. Miguel Labay por sus consejos y supervisión.

## **Bibliografía**

- 1 OMS, UNICEF. DECLARACION DE INNOCENTI. Sobre la Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna, 1 de Agosto de 1990, Florencia, Italia.
- 2 AEPED. Comité de Lactancia Materna. Recomendaciones sobre lactancia materna del comité de lactancia materna de la asociación española de pediatría. 2012, España.
- 3 Declaración oficial de la AAP. Amamantamiento y uso de leche humana. Pediatrics 2012;129(3):827-841.
- 4 Tarrant M, Kwok MK, Lam TH, Leung GM, Schooling CM. Breast-feeding and childhood hospitalizations for infections. Epidemiology. 2010;21(6):847-854.
- 5 Cuadrón Andrés L, et al. Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. Estudio CALINA. An Pediatr (Barc). 2013;79(5):312-318.
- 6 MaD Estévez González a, D Martell Cebrián, R Medina Santana, E García Villanueva, P Saavedra Santana. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. An Pediatr (Barc). 2002;56(2):144-50.
- 7 Rius JM, et al. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. An Pediatr (Barc). 2014;80(1):6-15.
- 8 Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. An Pediatr (Barc) 2005;63(4):340-56.

- 9 FMC. Puerperio. Form Med Contin Aten Prim. 2011;18(2):35-9.
- 10 Breastfeeding self-efficacy of women using second-line strategies for healthy term infants in the first week postpartum: an Australian observational study. International Breastfeeding Journal. 2013, 8(1):18.
- 11 Biro MA, Sutherland GA, Yelland JS, Hardy P, Brown SJ. In-hospital formula supplementation of breastfed babies: a population-based survey. Birth. 2011;38(4):302-310.
- 12 Parry JE, et al. Predictors and Consequences of In-Hospital Formula Supplementation for Healthy Breastfeeding Newborns. Journal of Human Lactation. 2013;29(4):527-536.
- 13 European Commission. Infant and young child feeding: standard recommendations for the European Union. 2006.
- 14 Galiano MJ, Moreno-Villares JM. Nuevas tendencias en la introducción de la alimentación complementaria en lactantes. An Pediatr Contin. 2011;9(1):41-47.
- 15 Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. Monografías de la A.E.P. Nº 5. 2004, Madrid.
- 16 IHAN. Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. 2011.
- 17 ABM Protocolo Clínico 3: Guía Hospitalaria para el Uso de Alimentación Suplementaria en neonatos sanos a término, Alimentados al Seno Materno, Revisado 2009.
- 18 Martínez JM, Delgado M. El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. Rev.Assoc.Med.Bras. 2013;59(3):254-257.
- 19 Su LL, Chong YS, Chan YH, et al. Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast feeding: Randomised controlled trial. BMJ 2007;335:596.



- 20 Del Pozo V. Cómo amamantar correctamente. *FMC*. 2009;16(9):558-60.
- 21 American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* 2005(2):496-506.
- 22 Li R, Scanlon KS, Serdula MK. The validity and reliability of maternal recall of breastfeeding practice. *Nutr Rev*. 2005;63(4):103-110.

## ANEXO I



- 

**1**

Disponer de una política por escrito, relativa a la lactancia materna, que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud
- 

**2**

Capacitar al personal de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política
- 

**3**

Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica
- 

**4**

Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la hora siguiente al alumbramiento
- 

**5**

Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño/a y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos/as
- 

**6**

No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados
- 

**7**

Facilitar la cohabitación de las madres y los lactantes durante las 24 horas del día
- 

**8**

Fomentar la lactancia natural a libre demanda de parte del bebé y/o de la madre.
- 

**9**

No dar a los niños/as alimentados al pecho tetinas ni chupetes artificiales
- 

**10**

Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica

**DIEZ PASOS HACIA UNA LACTANCIA MATERNA exitosa**

## ANEXO II

### Ficha de recogida de datos



Número:

Sexo:

M

F

Fecha de nacimiento:

Peso al nacimiento:

Tipo de parto:

Eutócico

Ventosa

Fórceps

Semanas de gestación:

APGAR:

Min.1:

Min.5:

Hora de nacimiento:

Toma de lact. artificial en hospital:

SI

NO

Hora de la 1ª toma de lact.artificial :

< 24 horas

24-48 horas

> 48horas

Lactancia materna:

SI

NO

Duración lactancia:

Causa abandono:

Enf. materna

Enf. niño

Decisión mat.

Decisión niño

Hipogalactia

Continúa

No hubo LM

Experiencia previa de lactancia materna:

SI

NO

Cuando comenzó con la leche de fórmula:

Fecha de nacimiento de la madre:

Nacionalidad de la madre:

## **ANEXO III**

### **PROTOCOLO DE LACTANCIA MATERNA H.O.P. TERUEL**

#### **DEFINICIÓN:**

Cubrir las necesidades diarias para la alimentación del RN, en los primeros meses de vida, a través de la leche materna.

#### **INDICACIONES:**

La lactancia materna está recomendada en todos los casos, salvo que haya una imposibilidad física por parte de la madre (pezones umbilicados), por parte del RN (labio leporino, prematuridad), o si existe algún tratamiento farmacológico que lo contraindique.

#### **PREPARACIÓN PREVIA PARA LA LACTANCIA:**

1. Aseo previo de la madre.
2. Lavado cuidadoso de manos con agua y jabón.
3. Pasos a seguir antes de cada toma:
  - Lavado del pecho para retirar restos de tomas anteriores, bastará hacerlo con agua y jabón.
  - Posición adecuada para dar el pecho, se sentará de forma cómoda, a ser posible en sillón con reposabrazos, la espalda recta, hombros relajados, poniendo al RN de frente al pecho. Para ello puede poner una almohada entre su regazo y el bebé; montar la pierna derecha sobre la izquierda cuando se lacte del pecho derecho y viceversa. Esta es la forma más cómoda, pero también se puede dar el pecho tumbada en la cama, en decúbito lateral, e incluso de pie.
4. Cada toma será de al menos 10 minutos en cada pecho, dejando que eructe entre uno y otro.
5. Para que eructe el bebé, incorporarlo apoyando su cabeza en el hombro de la madre.
6. Para evitar las grietas y conseguir una mejor lactancia, se le indicará que el RN debe coger un buen bocado del pecho, no sólo el pezón.

#### **OBJETIVOS DE ENFERMERÍA:**

- Conseguir que la madre cumpla las normas de higiene.
- Concienciar a la madre que la lactancia materna no tiene horario, y que cuantas más veces ponga al RN al pecho, mayor será el volumen de la leche.
- Concienciar de que la lactancia materna aumenta la estrecha relación madre-hijo.
- Tranquilizarla ante la pérdida de peso que va a tener el RN los primeros días de vida.
- Que al alta hospitalaria, la madre haya conseguido lactar satisfactoriamente al hijo, y vaya a mantener la lactancia materna en casa el mayor tiempo posible.